

訪問看護・リハビリ 基本情報・アセスメントシート

作成日： H 年 月 日  
 年 月 日  
 年 月 日

北須磨訪問看護・リハビリセンター 担当： 主 / 副

訪問期間： H 年 月 日 ~ H 年 月 日 (終了理由： )		緊急 有・無	
依頼者： 目的：			
氏名	( )	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳) 男 / 女
住所 TEL		保険 情報	医療 後期高齢・高齢受給者 ( 割) / 国保/ 特疾/ 自立支援/ 原爆/ 生保(CW ) 介護 介護度：要支援・要介護 初回申請中・変更申請中 / 負担割合 割
緊急 連絡先	① 氏名： 住所： TEL：	② 氏名： 住所： TEL：	連絡 方法

主病名			認知症 なし あり ( )	
			DASC 点 ( 記入日 / )	
発症までの経過			処方内容と管理方法	
病状経過 治療方針				
既往歴				
医療処置	なし/あり (点滴/中心静脈栄養/人工肛門/酸素療法/疼痛コントロール/人工呼吸器/気管切開/経管栄養/褥瘡処置/カテーテル/吸引/インスリン/ )			
生命経過	PS ( 0 1 2 3 4 )	NYHA分類 ( I II III IV )	AHA分類 ( A B C D ) 維持期 (安定) / 変動期 (不安定) / 下降期 / 終末期 ◎急変・不調の可能性 ( まずない / あるかもしれない / ある )	
診療 体制	主治医	医療機関名： 医師名： 治療方針： 診療体制： 受診 / 訪問診療 24時間随時 / 24時間条件付き( ) / 診療時間 ( )		
	その他	本人のニーズとのマッチング： 問題なし あり (理由： 通院困難 専門医→かかりつけ医 かかりつけ医往診不可 )		
	入院先	受診 なし・あり 回/月受診 回/月受診		
生活史			訪問する上での留意点 本人： 家族： 環境：	
家族 構成	主介護者： (続柄)		【備考】	
	介護者の状況	健康上の危機レベル/ 1 2 3 4 5		
	体力	介護の知識と能力		介護費用
	1 十分 2 やや不足 3 不足	1 知っていて出来る 2 教えてもらってできる 3 知っているが出来ない 4 出来ない		1 十分 2 援助あり 3 限度あり 4 困難
	家事との調整	家族・親族との協力体制		他サービスの受入
	1 安定 2 協力者あり 3 波あり 4 出来ない	1 良好 2 頼まれたら 3 対立 4 協力なし		1 積極的 2 拒否的 3 説得すれば
【独居の場合】 代理人 金銭管理 鍵開閉				
収入状況	年金 (夫： 妻： ) / 貯蓄 ( ) / 生活保護	費用上限	円/月	

本人の状況、サービス内容

日常生活動作	起居・移動動作	活動範囲	コミュニケーション	対人関係	精神活動	留意点
1 自立 2 一部介助 3 多くを介助 4 全面介助	1 歩行 (自力・介助) 2 座位 (自力・介助) 3 移乗 (自力・介助) 4 寝返 (自力・介助)	1 日課で外出 2 通所で外出 3 自宅内 4 ベッド上	1 自立 2 簡単な応答可 3 YES,Noは可 4 応答不可	1 良好 2 拒否的 3 閉鎖的 4 依存的	1 活発 2 たまに不活発 3 不活発 4 その他	食事: 排泄:
【生活リズム】 起床 : 朝食 : 昼食 : 夕食 : 就寝 : 【その他】						

週間予定	月	火	水	木	金	土	日	備考

関連機関	サービス種類	事業所	担当者	サービス内容	緊急連絡先

担当CM 方針:

本人・家族の意向 (病識 / どこでどのように過ごしたいか / 医療・ケアへの期待、要望、その根拠)

本人	家族	方針決定について
		本人の意思尊重(なし/あり) 妨げる要因:
訪問看護・リハビリへの希望		不一致・対立する状況(なし/あり)
1 在宅療養の継続を希望 2 家族と相談 3 家族まかせ 4 入所、入院 5 不明 (家族が決定)	1 最後まで自宅 2 できれば自宅 3 入院・入所 4 困難になったら検討 5 その時々で決定	
DNAR希望 (あり / なし)	(あり / なし)	

病みの軌跡 (健康上の出来事/変化/影響)

過去	現在	将来/準備
【総合的な情報からの判断と解釈】		

看護・リハビリ計画(本人・家族の希望を踏まえて)

到達目標	実施内容
◎ . . .	
妨げとなる状況	

本人・家族のストレングス	私が看護師として困難やジレンマに感じるごとと挑戦	私はどうありたいか
		